Nicht für den Austausch

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Breslau
(Direktor: Professor Dr. Villinger)

Erfahrungen mit 144 Sterilisationsgutachten über angeborenen Schwachsinn

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät der
Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Breslau

vorgelegt von

Eberhard Wenzel

Halle a. S. 1940 / Carl Marhold Verlagsbuchhandlung

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Breslau

Referent: Professor Dr. Villinger

Dekan: Professor Dr. Gottron

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Diese Arbeit erscheint gleichzeitig in der „Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift" 1940

Die große Bedeutung, die die Fragen des Schwachsinns, insbesondere die des erblichen Schwachsinns, für das allgemeine Wohl eines Volkes haben, wird seit geraumer Zeit in vielen Staaten anerkannt und entsprechend gewürdigt. Die segensreiche Auswirkung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. 7. 1933 für unser Volk ist nunmehr in Deutschland kaum mehr bestritten. Daß bei Inkrafttreten des Gesetzes die Gerichte sich hauptsächlich mit dem angeborenen Schwachsinn — neben Schizophrenie und Epilepsie — werden befassen müssen, war vorherzusehen und kann heute bestätigt werden. Soweit wir die Dinge übersehen, entfallen wenigstens 90 vH aller Erbgesundheitsverfahren auf diese drei Krankheitsgruppen, und innerhalb dieser drei steht der Schwachsinn wiederum an erster Stelle. Es ist also auch rückschauend von der praktisch-erbpflegerischen Tätigkeit der Gerichte her die besondere Wichtigkeit erbgutreinigender Maßnahmen auf dem Gebiete des Schwachsinns hervorzuheben.

Die medizinisch-wissenschaftlichen Grundlagen des Gesetzes sind als durchaus wohlfundierte anzusehen, wenn auch heute noch in Einzelfragen die Forschungen im Fluß sind. Das Gesetz wirkte hier ungemein befruchtend: eine schier unübersehbare Zahl von Veröffentlichungen ist seit 1934 erschienen. Kranz konnte in seiner Arbeit „Drei Jahre Erbforschung über den angeborenen Schwachsinn, 1935—1937" allein 258 Neu-

erscheinungen anführen. Dieser allgemeinen Sachlage entspricht das Gesetz insofern, als es dem Gericht bei der Beschlußfassung volle Freiheit läßt, ihm gewissermaßen nur den Rahmen vorschreibt. Ferner ist es daher auch verständlich, daß viele unklare Fälle den Gerichten in diagnostischer Hinsicht Schwierigkeiten bereitet haben. Medizinische Fragen und Krankheitsübergänge lassen sich nicht in juristisch vollendeter Form in Paragraphen fassen, und so ist die Frage der fachärztlichen Begutachtung von nicht zu unterschätzender Bedeutung für die praktische Durchführung des Gesetzes. Wie sich die Bestimmung, daß eine stationäre Beobachtung bis zur Dauer von 6 Wochen angeordnet werden kann, im Bereiche der gesamten Erbkrankheiten an der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Breslau auswirkte, hat Kranz kurz geschildert.

In vorliegender Arbeit soll eine eingehende Betrachtung und statistische Auswertung der Erfahrungen der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Breslau mit Sterilisationsgutachten über angeborenen Schwachsinn erfolgen.

Es sei gleich an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß die Arbeit bei ihren Grundlagen, nämlich Gutachten über Fälle, die mehr oder minder große Unklarheiten bei Gericht entstehen ließen, keine verallgemeinernden Schlüsse auf die gesamte Erbgesundheitsgerichtsbarkeit im Gebiete des angeborenen Schwachsinns zuläßt. Die einfach gelagerten Fälle erreichten die Klinik vielfach gar nicht. Die Kranken aber, die zur Begutachtung kamen, ließen entweder dem Gericht Zweifel in die Richtigkeit der Anzeigediagnose entstehen, oder aber der Amtsarzt hatte die Anzeige schon von sich aus mit gewissen Vorbehalten gestellt, da ja das Gesetz eine sehr weitgehende Anzeigepflicht vorschreibt.

Es wird berichtet über einen Zeitraum von 3½ Jahren (vom 1. 1. 1934 bis 30. 6. 1937). In dieser Zeit wurden in der Klinik wegen Schwachsinns begutachtet 79 Männer und 65 Frauen, insgesamt also 144 Kranke. Bei der Auswahl der Fälle ist stets die Einweisungsdiagnose zugrunde gelegt, die in der überwiegenden Mehrzahl vom Amtsarzt gestellt wurde, der auch zumeist den Antrag auf Unfruchtbarmachung stellte. Nur 2 Frauen und 1 Mann stellten den Antrag selbst, für 4 Männer wurde er durch den Gefängnisdirektor und für 5 Männer durch Leiter von Pflegeheimen gestellt. Die Selbstanträge fallen auf die Jahre 1934 und 1935. Tab. 1 zeigt die Verteilung der Gutachten auf die einzelnen Jahre.

Tabelle 1.

Zur Begutachtung erschienen in der Klinik:

Im Jahre	Männer	Frauen
1934	2	—
1935	17	13
1936	34	30
1. Hälfte 1937 .	26	22

Wir können ein ständiges Ansteigen der Zahl der Gutachten je Jahr feststellen, was vom wissenschaftlichen Standpunkt aus und auch im Hinblick auf die Sache erfreulich ist, denn — wie unten zu sehen sein wird — die Diagnose der Klinik weicht doch recht häufig von der Anzeigediagnose ab.

Von 79 männlichen Kranken wurden 22 = 27,3 vH, von 65 Frauen wurden 14 = 21,5 vH der Klinik durch das Erbgesundheitsobergericht zur Begutachtung überwiesen.

Unter welcher Diagnose die Erbkranken dem Gericht zur Anzeige gebracht wurden, zeigt Tab. 2.

Tabelle 2.

Der Klinik eingewiesen mit der Diagnose	Männer	vH	Frauen	vH
1. Angeborener Schwachsinn . . .	61	77,2	47	72,3
2. Angeb. od. erworb. Schwachsinn	1	1,3	3	4,6
3. Angeb. Schw. und Epilepsie . . .	5	6,3	5	7,7
4. Angeb. Schw. oder Epilepsie . .	2	2,5		
5. Angeb. Schw. oder schizoide Psychopathie	4	5,0	2	3,1
6. Angeb. Schw. und erbl. Taubheit .			5	7,7
7. Angeb. Schw. und Lues connata .	2	2,5		
8. Angeb. Schw. oder Littlesche Krankheit	1	1,3		
9. Angeb. Schw. und hereditäre Ataxie	1	1,3		
10. Angeb. Schw. oder progressive oder Alkoholparalyse	1	1,3		
11. Angeb. Schw. und schwerer Alkoholismus	1	1,3		
12. Angeb. Schw. oder zirkul, Irresein			1	1,5
13. Angeb. Schw. und angeborene Mißbildungen			1	1,5
14. Angeb. Schw. oder physiologische Dummheit			1	1,5

Bei beiden Geschlechtern ist in über 70 vH der Fälle die einwandfreie Diagnose „angeborener Schwachsinn" gestellt worden. Bei etwa 25 vH lag keine so einwandfreie Diagnose vor, wohl aber stand auch hier der angeborene Schwachsinn in irgendeiner Form im Vordergrunde. Es sei hier bemerkt, daß die Antragsteller in den meisten Fällen zwar eindeutige Diagnosen gestellt haben, daß aber die Erbgesundheits-

gerichte eine fachärztliche Klärung aller etwa in Betracht kommenden Leiden wünschten.

Tab. 3 zeigt dagegen, zu welchen Diagnosen die Klinik nach stationärer Beobachtung in ihren Gutachten gekommen ist.

Tabelle 3.

Aus der Klinik entlassen mit der Diagnose	Männer	vH	Frauen	vH
1. Angeborener Schwachsinn . . .	41	51,9	32	49,2
2. Erworbener Schwachsinn	24	31,0	21	32,3
3. Minderbegabung	6	5,9	7	10,7
4. Lues connata	4	5,1		
5. Asoziale Psychopathie	2	2,5		
6. Psychopathie	1	1,3		
7. Psychopathie mit schwerer angeborener Mißbildung			1	1,5
8. Zurückgestellt ohne definitive Diagnose	1	1,3	4	6,1

Demnach wurde einwandfreier angeborener Schwachsinn bei 41 Männern = 51,9 vH und bei 32 Frauen = 49,2 vH bestätigt. Bei 24 Männern = 31 vH und bei 21 Frauen = 32,3 vH wurde die Unfruchtbarmachung wegen erworbenen Schwachsinns von der Klinik abgelehnt. Minderbegabt, an der Grenze von physiologischer Dummheit zur Debilität, waren 5,9 vH Männer und 10,7 vH Frauen. Als Ursache für den erworbenen Schwachsinn konnte im Gutachten u. a. beweisend angeführt werden:

1. Enzephalitis,
2. Mongolismus,
3. Athetose,
4. Littlesche Krankheit,
5. Picksche Atrophie,

6. Geburtstrauma,
7. Transkortikale Aphasie,
8. Organische Hirnschäden unklarer Ätiologie,
9. Schwangerschaftspsychose,
10. Juvenile Paralyse,
11. Myxödem,
12. Porenzephalie,
13. Lues connata,
14. Exogene Epilepsie.

Hierbei steht der organische Hirnschaden nach entzündlichen Hirnerkrankungen bei weitem an erster Stelle.

Als Besonderheit sei vermerkt, daß in 5 Fällen, alles Frauen, außer dem angeborenen Schwachsinn noch erbliche Taubheit im Vorgutachten angenommen wurde und die Gerichte dem Gutachter jedesmal die Frage stellten, ob der Schwachsinn in ursächlichem Zusammenhang mit der Taubheit steht. In 3 Fällen mußte dies verneint werden; einmal war erworbener Schwachsinn erwiesen und im letzten Falle blieb Unklarheit bestehen. Es zeigte sich hierbei, daß bei derartigen schwierigeren Fällen eine Klärung durch längere fachärztliche Beobachtung anzustreben ist. Zu der Frage, ob erbliche Taubheit vorliegt, wurde stets ein Zusatzgutachten der Universitäts-Ohrenklinik eingeholt.

Daß die diagnostische Klärung des angeborenen Schwachsinns für den Vorgutachter oft nicht ganz leicht war, zeigt die folgende Übersicht. Bei 7 Männern und bei 9 Frauen wurden außer dem angeborenen Schwachsinn noch folgende Erkrankungen festgestellt:

1. Psychopathie,
2. Hysterie,
3. Epilepsie,
4. Enzephalitis,

5. Präsenile Demenz,
6. Progressive Paralyse,
7. Erbliche Taubheit,
8. Schwere angeborene Mißbildungen,
9. Olivo-ponto-zerebellare Atrophie,
10. Postenzephalitischer Parkinsonismus,
11. Friedreichsche Ataxie oder familiäre diffuse Sklerose.

Auch in Fällen, bei denen mehrere Leiden wahrscheinlich sind, hat sich also die stationäre Beobachtung bewährt.

Tabelle 4.

Alter	Einweisungsdiagnose					
	bejaht		verneint		offengelassen	
	Mä.	Fr.	Mä.	Fr.	Mä.	Fr.
8 bis 20	11	9	12	12	0	4
20 bis 40	28	25	18	15	3	0
40 bis 58	4	0	2	0	1	0

Die Altersgliederung (Tab. 4) zeigt, daß bei den Jugendlichen bis zu 20 Jahren insbesondere die Zahl recht hoch war, wo die Klinik die Einweisungsdiagnose verneinen mußte. Im Eheschließungsalter liegt dagegen die Mehrzahl der zu Sterilisierenden. Die älteste Frau, die zur Begutachtung kam, war 36 Jahre alt. Doch auch die Männer über 40 Jahre spielen praktisch kaum noch eine Rolle.

Interessant ist auch eine Aufstellung, die die Herkunft unserer Patienten aufzeigt (Tab. 5).

Nur sehr wenige Kranke sind in Niederschlesien geboren, während Mittel- und Oberschlesien annähernd gleich stark vertreten sind. 34,3 vH unserer Kranken wurden in Großstädten geboren. Breslau, Oppeln und

das oberschlesische Industrierevier halten sich auch hierbei ungefähr die Waage (Tab. 6).

Tabelle 5.

Es wurden geboren in	Männer	Frauen
Niederschlesien	7	4
Mittelschlesien	36	34
Oberschlesien	33	26
dem übrigen Reichsgebiet .	3	1

Tabelle 6.

In Großstädten wurden geboren	Männer	Frauen
in Niederschlesien	0	0
in Mittelschlesien	11	11
in Oberschlesien	8	12

Die berufliche Zusammensetzung unseres Materials zeigt deutlich das Obenanstehen der Beruflosen, besonders bei den Frauen. An zweiter Stelle stehen Berufe aus der Landwirtschaft. Der Arbeiter folgt in größerem Abstande (Tab. 7).

Tabelle 7.

Berufliche Zusammensetzung	Männer	Frauen
Ohne Beruf	30	34
Aus der Landwirtschaft . .	20	9
Arbeiter	13	1
Schüler und Fürsorgezöglinge	10	4
Handwerk	5	2
Sonstiges	1	1
Im Haushalt tätig		14

Kriminell geworden sind 4 Frauen und 9 Männer, darunter sexuell straffällig 5 Männer. Im Arbeits- bzw. Militärdienst, als stärkere Belastungsprobe der Persönlichkeit an sich, haben 2 von 3 Männern versagt, abgesehen von 4 Weltkriegsteilnehmern, die unter unserem Material waren, über die aber keine einwandfreien Unterlagen vorhanden waren.

Tabelle 8.

	Bejaht		Verneint		Offengelassen	
	Mä.	Fr.	Mä.	Fr.	Mä.	Fr.
Verheiratet	6	3	5	2	—	—
1 bis 2 Kinder . .	1	1	2	—	—	—
über 3 Kinder . . .	4	1	3	—	—	—
Ledig	35	28	28	25	3	4
1 bis 2 Kinder . .	—	5	—	4	—	—
über 3 Kinder . . .	—	1	—	—	—	—
Geschieden	—	1	—	2	—	—
über 3 Kinder . . .	—	1	—	1	—	—

Tab. 8 zeigt eine Aufgliederung der Fälle nach ihren familiären Verhältnissen. Sie legt dar, daß die Zahl der verheirateten Kranken verhältnismäßig niedrig ist. Kinder haben von diesen nur 12 Kranke. Unter den Ledigen stehen aber immerhin 53 Personen, deren Unfruchtbarmachung von der Klinik abgelehnt werden mußte. Bei Nichteinholung des Gutachtens wären diese Menschen u. U. Gefahr gelaufen, unberechtigt von der Fortpflanzung ausgeschlossen worden zu sein. Es zeigt sich aber zugleich, daß unter den bejahten Fällen bereits eine ganze Anzahl Frauen uneheliche Kinder hat.

Im folgenden sei die Gruppe Kranker, bei der angeborener Schwachsinn erwiesen ist, einer näheren Betrachtung unterzogen.

Obige statistische Aufstellung (Tab. 3) ergibt, daß nur bei etwa 50 vH die Anzeigediagnose bestätigt werden konnte, eine auffällig niedrige Zahl. Es ist jedoch hierbei, wie bereits betont, zu bedenken, daß es sich um Fälle schwierigerer Art handelte, die bei Gericht ein fachärztliches Gutachten wünschenswert erscheinen ließen.

Der Grad des Schwachsinns war fast durchweg leicht, einige Fälle von Imbezillität und nur ganz vereinzelte Fälle von Idiotie waren vorhanden. Das Durchschnittsintelligenzalter bei diesen Kranken, geprüft nach dem Binet-Simon-Test, der bei fast allen Gutachten zusätzlich zum vorgeschriebenen Intelligenzfragebogen angewandt wurde, ergab bei den Männern 8,02 Jahre, bei den Frauen 8,89 Jahre.

Eine grobe Übersicht über die erbliche Belastung ergibt 10 schwer und 7 mittelschwer belastete Kranke, wobei wir unter „schwer belastet" solche verstehen, die in der engeren familiären Umgebung Personen mit manifesten Geisteskrankheiten haben. Mehr oder minder deutliche Auffälligkeiten bei näheren Verwandten — starke Trinker, Psychopathen, Selbstmörder usw. — zeigten sich bei 11 Fällen. 3 Kranke entstammen sozial als besonders wertvoll erscheinenden Familien. Dreimal waren die Eltern blutsverwandt!

Die Bewährung in der Schule ergibt interessante Einzelheiten. Die Tatsache, daß es sich fast durchweg um leichtere Grade der Intelligenzminderung handelte, läßt sich auch an den Schulerfolgen bestätigen. Nur 11 Kranke blieben ohne Schulunterricht oder wurden nicht im geringsten durch den Unterricht gefördert. Die Hilfsschule besuchten 16 Kranke, von denen 9 das Ziel der Schule erreichten. Die Mehrzahl unserer Fälle besuchte die Dorfschule, nämlich 32 Kranke. Glatt durch die Schule kamen nur 9, der Rest konnte zum

Teil mehr als dreimal nicht versetzt werden. In dieser Gruppe sind aber auch solche Fälle, die in Städten zweifellos der Hilfsschule zugeführt worden wären und hier nur aus Mangel an solchen Einrichtungen in der Dorfschule verbleiben mußten. Nur 13 Personen besuchten städtische Schulen, von denen aber niemand die Schule aus der Abgangsklasse verließ. 6 Kranke wiederholten die Klassen mehr als dreimal. 1 Junge besuchte die höhere Schule bis zur 4. Klasse, allerdings mit ständigem Nachhilfeunterricht und unter mehrmaligem Sitzenbleiben, außerdem zuletzt an privaten Anstalten.

Das Milieu, aus dem unsere Kranken stammten, war in 2 Fällen ein auffallend gutes, während es neunmal sehr schlechte und zerrüttete Verhältnisse waren, in denen die Kranken lebten.

Zur Diagnostik sei noch festgestellt, daß nur bei 10 Männern und 5 Frauen ein neurologischer Befund zu erheben war, eingeschlossen die Fälle, bei denen der Schwachsinn mit anderen Erkrankungen kombiniert war. Das Enzephalogramm ergab nur sechsmal einen mehr oder weniger fraglichen Befund, ebenfalls unter Einschluß der Kombinationsformen.

Diese beiden Tatsachen erscheinen uns praktisch wichtig. Sie zeigen einmal, daß bei Stellung der Diagnose „angeborener Schwachsinn" ein neurologischer Befund, und selbst ein fraglicher, sehr zur Vorsicht mahnen sollte, und zweitens lenken sie den Blick auf die Enzephalographie als wichtiges und oft ausschlaggebendes diagnostisches Hilfsmittel. Ihr seien weiter unten noch einige Worte gewidmet.

Nicht minder auffällig in unserem Material sind die 45 Kranken, über 30 vH, bei denen der Schwachsinn einwandfrei als erworben festgestellt wurde.

Der Grad der Intelligenzschwäche war im Durch-

schnitt — wiederum gemessen nach Binet-Simon — nicht stärker als bei den Fällen mit angeborenem Schwachsinn, nämlich 8,5 Jahre bei den Männern und 8,39 Jahre bei den Frauen. Hier erhielten wir jedoch weit auseinanderliegende extreme Werte, während das Intelligenzalter bei den Formen des angeborenen Schwachsinns sich etwa in der gleichen Höhe hielt.

Eine erbliche Belastung ließ sich nur in 6 Fällen nachweisen.

Das Verhalten auf der Schule entspricht den Besonderheiten dieser Gruppe. Insgesamt besuchten die Hilfsschule 14 Patienten, von denen 8 aus der Abschlußklasse entlassen werden konnten. 7 Kranke blieben ohne schulische Förderung. 9 Kranke besuchten die Dorfschule und 15 Kranke die städtischen Volksschulen. Nur 6 Personen in beiden Gruppen zusammen erreichten das Ziel ihrer Schulen.

Die familiären Verhältnisse waren nur in 2 Fällen als ausgesprochen schlecht anzusehen.

Als wichtigste Feststellung in dieser Gruppe im Hinblick auf die praktische Diagnostik sei jedoch die neurologische Prüfung angeführt. Bei 16 Männern fanden sich so schwere neurologische Befunde, daß sie allein eine ausschlaggebende Bedeutung für die Diagnostik hätten annehmen können. Dreimal waren die neurologischen Auffälligkeiten schwer, zweimal fraglich. Nur in 3 Fällen fand sich kein krankhafter neurologischer Befund. Bei den Frauen liegen die Zahlen entsprechend. Dreizehnmal ausschlaggebende, zweimal schwere und zweimal fragliche neurologische Veränderungen. In 4 Fällen keine pathologischen Erscheinungen.

Daraus muß wiederum der Schluß gezogen werden, daß jede Abweichung von der Norm auf neurologischem Gebiet einen exogen entstandenen Schwachsinn nahe-

legen sollte, was bei Betrachtung der Ursachen des erworbenen Schwachsinns auch leicht erklärlich erscheint (siehe weiter vorn die Übersicht).

Ähnlich verhält es sich auch mit der Enzephalographie. Unter 19 Enzephalographien, die bei Kranken mit erworbenem Schwachsinn durchgeführt wurden, konnten in 9 Fällen ausschlaggebende Veränderungen nachgewiesen werden, dreimal deutliche und fünfmal fragliche Abweichungen von der Norm. Nur in 2 Fällen stand exogener Schwachsinn außer Frage, wo das Enzephalogramm im Stiche ließ. Dieses Ergebnis spricht unseres Erachtens eindeutig für die Enzephalographie als besonders wichtiges diagnostisches Hilfsmittel.

Wenn bei unseren 144 Fällen nur 41 mal das Verfahren der Enzephalographie angewandt wurde, so sei betont, daß selbstverständlich in eindeutigen Fällen auf die Durchführung dieser Maßnahme verzichtet wurde, und zwar sowohl bei angeborenem als auch bei deutlich erworbenem Schwachsinn. Dies mindert aber nicht die Bedeutung des Verfahrens zur Klärung schwierigerer Fälle. Es sei aber auch hervorgehoben, daß es vielfach für die Klinik wünschenswert gewesen wäre, auf Grund einer gerichtlichen Ermächtigung die Enzephalographie auch gegen den Einspruch der Patienten oder ihrer Pfleger durchzuführen.

Ein Unterschied in der Lebensbewährung zwischen angeborenem und erworbenem Schwachsinn war nicht nachzuweisen. Man findet lediglich eine starke psychopathische Reaktionsbereitschaft bei den Formen des angeborenen Schwachsinns.

Ein wichtiger Punkt ist bisher noch nicht berücksichtigt worden, nach unserem Dafürhalten der Angelpunkt des Gesetzes überhaupt, nämlich die „Grenzfälle", bei denen das Bestehen eines Schwachsinns nicht nachgewiesen werden kann. Es handelt sich bei

unserem Material um 7 Frauen = 10,7 vH und um 6 Männer = 5,9 vH. Bei ihnen wurde in den meisten Fällen — wie nicht anders zu erwarten — ein Versagen auf dem Gebiete des Schulwissens und oft auch im gesamten Sektor der Intelligenz festgestellt. Da ja aber der Schwachsinn nicht nur durch eine Intelligenzminderung festzustellen ist, sondern vielmehr eine Leistungsschwäche bedeutet, die alle seelischen Gebiete betrifft, so war hier für die Klinik — in Übereinstimmung mit dem Kommentar zum Gesetz und den Forderungen, die im neueren Schrifttum erhoben werden — die allgemeine Lebenstüchtigkeit und der seelische Gesamteindruck der Persönlichkeit für die Beurteilung maßgebend. Derartige „Grenzfälle" lassen sich aber erklärlicherweise nur nach stationärer Beobachtung beurteilen, wo der Kranke Gelegenheit hat, frei und unbehindert zu leben und zu reagieren, und wo der Gutachter die Möglichkeit hat, ihn längere Zeit ständig zu beobachten und seine, gewiß notwendigen, Prüfungen versteckt anzubringen.

Es ist nun interessant zu erfahren, welches Schicksal die von der Klinik begutachteten Personen hatten. Durch eine Umfrage bei den Gerichten und Gesundheitsämtern sind wir in der Lage, den Ausgang des Verfahrens bei über 70 vH unserer Gutachtenspatienten zu beurteilen. Leider haben einige Gesundheitsämter die Angaben bei 42 Kranken aus verschiedenen Gründen verweigert. Die Tab. 9 veranschaulicht das Ergebnis unserer Umfrage.

Aus dieser Gegenüberstellung ist zu ersehen, daß sich die Gerichte im allgemeinen eng dem Gutachten der Universitätsklinik angeschlossen haben. Nur in einem Falle war das Bestehen eines Erbleidens im Gutachten verneint worden, bei dem eine Unfruchtbarmachung dennoch beschlossen wurde. Dem stehen 6

Tabelle 9.

Unfruchtbarmachung	Von der Klinik		
	bejahte Fälle	verneinte Fälle	offengel. Fälle
ausgesprochen	41	1	1
abgelehnt	6	32	3
zurückgestellt	2	6	3
Vom EOG. Unfruchtbarmachung ausgesprochen	3	—	—
abgelehnt	1	3	—

Fälle gegenüber, bei denen die Klinik einen angeborenen Schwachsinn für erwiesen hielt und das Gericht eine Sterilisation trotzdem ablehnte. Die Gründe für diesen Beschluß sind uns nicht bekannt, die Tatsache jedoch zeigt, mit welcher Vorsicht das Gesetz in der Praxis gehandhabt wird. Bei 8 Fällen, 2 bejahten und 6 verneinten, wurde das Verfahren ausgesetzt und soll später neuerlich aufgenommen werden. Es handelt sich hierbei zumeist um jugendliche Patienten, bei denen die Entwicklung ihrer Persönlichkeit noch nicht völlig abgeschlossen war.

7 Fälle wurden noch vor das Erbgesundheitsobergericht getragen, welches sich jedoch ebenfalls an die Gutachten hielt. Nur einmal wurde auch von ihm eine Unfruchtbarmachung abgelehnt, obgleich die Klinik eine Erbkrankheit für erwiesen hielt.

Dieses Ergebnis widerlegt unseres Erachtens eindeutig die böswillige Behauptung, daß unsere Erbgesundheitsgerichte in ihren Verfahren und Beschlüssen leichtfertig und unwissenschaftlich verführen.

Auf die Gutachtertätigkeit der Klinik rückblickend, sei noch einmal auf eine uns als wichtig erscheinende Tatsache der Blick gelenkt, nämlich auf die ständig an-

steigende Anzahl der vom Gericht zur Begutachtung überwiesenen Kranken. Wir sind geneigt, darin vor allem eine erfreuliche Zunahme des Verantwortungsbewußtseins der entscheidenden Stellen zu sehen — wenn auch nicht verkannt werden soll, daß Amtsarzt und Erbgesundheitsgericht 1934 vor ein Novum gestellt waren, und daß es erst einmal galt, Erfahrungen zu sammeln, daß aber auch anderseits in der ersten Zeit nach Inkrafttreten des Gesetzes die eindeutigen und seit langem ärztlich erfaßten Fälle der gerichtlichen Entscheidung zugeführt wurden.

Wie bereits in vorstehendem immer wieder angedeutet wurde, so sei auch hier noch einmal festgestellt, daß eine gewissenhafte neurologische Untersuchung und kritische Betrachtung ihrer Ergebnisse nach unseren Erfahrungen nicht laut genug gefordert werden kann. In diesem Falle werden sich viele unklare Fälle von selbst erledigen, zum mindesten aber kann man verwaltungstechnische Umwege vermeiden und dadurch der Staatskasse unnötige Geldausgaben ersparen.

Ganz allgemein sollten sich die Gerichte ferner durchweg zur Regel machen, über alle nicht restlos klaren Fälle Fachgutachten einzuholen, und zwar scheinen uns die Möglichkeiten der Klinik eindeutig gegen das ambulante Gutachten zu sprechen.

So verfahren, wird man am besten dem Sinn des Gesetzes, der ärztlichen Erkenntnis vom Wesen des angeborenen Schwachsinns und damit der Volksgemeinschaft dienen.

Zusammenfassung.

1. Vom 1. 1. 1934 bis zum 30. 6. 1937 kamen 144 Fälle von angeborenem Schwachsinn zur Begutachtung in die Psychiatrische und Nervenklinik der Universität Breslau.

2. In 73 Fällen = 50,7 vH konnte die Einweisungsdiagnose bestätigt werden.
3. In 45 Fällen = 31,9 vH wurde erworbener Schwachsinn festgestellt.
4. In 13 Fällen = 9 vH lag nur eine Minderbegabung im Sinne der physiologischen Dummheit vor.
5. Von Jahr zu Jahr in steigendem Maße wurde von Gerichts wegen ein fachärztliches Gutachten angefordert.
6. Aus der Provinz Schlesien waren besonders stark vertreten Kranke aus Ober- und Mittelschlesien, und zwar annähernd im gleichen Verhältnis.
7. Etwa ein Drittel der Fälle entstammt den Großstädten.
8. Sowohl beim erworbenen als auch beim angeborenen Schwachsinn handelte es sich stets um verhältnismäßig leichte Fälle von Intelligenzminderung.
9. Besonders wichtig ist eine eingehende neurologische Untersuchung, durch die in zahlreichen Fällen ein exogen entstandener Schwachsinn festgestellt werden kann. Anderseits mußte bei einigen Kranken, bei denen das Vorgutachten einen pathologischen neurologischen Befund aufzeigte, trotzdem die Diagnose „angeborener Schwachsinn" gestellt werden. Als Lehre dieser Fälle erscheint es uns wichtig, Kranke mit neurologischen Auffälligkeiten einer fachärztlichen Beobachtung zu unterziehen.
10. Ein diagnostisches Hilfsmittel von ausschlaggebender Bedeutung haben wir in der Enzephalographie, die in allen zweifelhaften Fällen durchgeführt werden sollte; nur müßte dem Gutachter die Möglichkeit gegeben werden, diese gegebenenfalls auch gegen Einspruch auszuführen.
11. Die Erbgesundheitsgerichte haben sich im allgemeinen eng an die Gutachten der Klinik gehalten.

Schrifttum.

Abderhalden, Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden, Abt. VI (1935): Stern, Experimentell-psycholog. Schwachsinnsdiagnostik.

Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie, 6. Aufl. (1937).

Boeters, Belastungsstatistik einer schlesischen Durchschnittsbevölkerung. Z. Neur. 675 (1936).

Brander, Über die Bedeutung der Exogenese für die Entstehung des Schwachsinns, beleuchtet durch Untersuchungen an Zwillingen. Mschr. Kinderheilk. 341 (1935).

Bumke, Lehrbuch der Geisteskrankheiten, Spez. Teil IV Bd. 10 (1928): Strohmeyer, Angeborene und im frühen Kindesalter erworbene Schwachsinnszustände.

Deile, Die Seltenheit des nicht vererbten Schwachsinns. Öffentl. Gesdh.dienst 368 (1935-36).

Dubitscher, Der Schwachsinn (1937).

— Die Bewährung Schwachsinniger im täglichen Leben. Erbarzt 57 (1935).

— Dummheit oder Schwachsinn? Erbarzt 187 (1935).

— Praktische Intelligenz. Erbarzt 75 (1936).

— Der erworbene Schwachsinn. Z. Neur. 422 (1936).

Enge, Klinisch-diagnostische Richtlinien für die Praxis der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Psychiatr.-neur. Wschr. 622 (1935).

Geyer, Die angeborenen und früherworbenen Schwachsinnszustände. Fortschr. Neur. 1 (1937).

Jahreiß, Die angeborenen und früh erworbenen Schwachsinnszustände. Fortschr. Neur. 495 (1935).

Kranz, Über einige Erfahrungen mit 200 Sterilisationsgutachten. Psychiatr.-neur. Wschr. Nr. 33 (1937).

— Drei Jahre Erbforschung über den angeborenen Schwachsinn (1935 bis 1937). Psychiatr.-neur. Wschr. 373 (1937).

Lange, J., Kurzgefaßtes Lehrbuch der Psychiatrie (1936).

— Die eugenische Bedeutung des Schwachsinns. Kommende Geschl. H. 3 (1933).

Lange, W., Lehren und Wünsche, die sich aus der Jahresarbeit (1934) eines Erbgesundheitsgerichtes ergeben Psychiatr.-neur. Wschr. (1935).

Leonhard, Zur Beurteilung des Schwachsinns. Münch. med. Wschr. 1878 (1936).

Meggendorfer, Zur Abgrenzung des krankhaften Schwachsinns von der physiologischen Beschränktheit. Z. Neur. 486 (1936).

Seelert, Erfahrungen bei der Gutachtertätigkeit für das Erbgesundheitsgericht und bei der Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Mschr. Psychiatr. 259 (1936).

Stemplinger, Beitrag zur Abgrenzung der Physiologischen Dummheit vom angeborenen Schwachsinn. Volksgesdh.-dienst H. 4 (1936).

Tilling, Erbgesundheitsgesetz und psychiatrisch-diagnostische Schwierigkeiten. Münch. med. Wschr. (1935).

Villinger, Erfahrungen mit der Durchführung des Erbkrankheitenverhütungsgesetzes an männlichen Fürsorgezöglingen. Z. Kinderforsch. 233 (1935).

Buchdruckerei Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Lebenslauf

Am 16. Dezember 1914 wurde ich als Sohn des Lehrers Max Wenzel und seiner Ehefrau Herta, geb. Ruske, in Breslau geboren. Nach Besuch der Volksschule und des Reform-Realgymnasiums „Zum Heiligen Geist" in Breslau und anschließend des städtischen Reform-Realgymnasiums in Arnswalde/Nm. bestand ich 1934 die Reifeprüfung. Nach Ableistung meines Arbeitsdienstes im Sommer 1934 begann ich im Herbst 1934 mit dem Medizinstudium in Breslau. Die ärztliche Vorprüfung (1937) und die medizinische Staatsprüfung (1939) bestand ich in Breslau.

Eberhard Wenzel.